

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 130

LE
CANCER SPHÉNO-TEMPORAL
ET SES
SIGNES OCULAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri BETHOUX

né à GRENOBLE (Isère) le 5 Avril 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

LE CANCER SPHÉNO-TEMPORAL
ET SES SIGNES OCULAIRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553220_0112

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 130

LE
CANCER SPHÉNO-TEMPORAL
ET SES
SIGNES OCULAIRES

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE DE MEDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri BETHOUX

né à GRENOBLE (Isère) le 5 Avril 1897



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. HUGOUNENQ.
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,

CLINIQUE	PROFESSEURS	MM.
Cliniques médicales		TESSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
		BARD
		TIXIER
		BERARD
		COMMANDEUR.
Clinique obstétricale et Accouchements		ROLLET
Clinique ophtalmologique		NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique		WEILL
Clinique des maladies des enfants		POLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes		LANNOIS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		ROCHET
Clinique des maladies des voies urinaires		N-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		HUGOUNENQ
Chimie biologique et médicale		MOREL
Chimie organique et Toxicologie.		MOREAU
Matière médicale et Botanique		GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		LATARJET
Anatomie		POLICARD
Histologie		DOYON
Physiologie.		COLLET
Pathologie interne		MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutiques générales		PAVIOT
Anatomie pathologique		VILLARD
Chirurgie opératoire		ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		Etienne MARTIN
Médecine légale		COURMONT (P.)
Hygiène.		PIC
Thérapeutique.		FLORENCE
Pharmacologie		

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— Chimie minérale	BARRAL.
— Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé
CADE	DUROUX	CORDIER	des fonctions
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. ROLLET, *Président*; M. THÉVENOT Léon, *Assesseur*;

MM. DUROUX et GRAVIER, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON BEAU-FRÈRE E. DANTONY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur E. ROLLET

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Lyon
Officier de la Légion d'Honneur

A Monsieur le Professeur DURAND

A MES JUGES

LE CANCER SPHÉNO - TEMPORAL ET SES SIGNES OCULAIRES

INTRODUCTION

Les cancers de la région sphéno-temporale ne sont certes pas fréquents. Nos recherches bibliographiques nous ont permis cependant de réunir un certain nombre d'observations. En les joignant aux observations recueillies dans les services de MM. les Professeurs Rollet et Durand nous croyons avoir un champ clinique suffisant pour entreprendre l'analyse des symptômes.

Disons tout de suite que l'étude de ces tumeurs n'est abordée dans aucun ouvrage à notre connaissance. L'étude des tumeurs de la base du crâne en général n'est même qu'effleurée par les divers auteurs. Auvray, dans le Nouveau Traité de Chirurgie de Delbet et Le Dentu, considère que seules les tumeurs de la voûte, moins rares que celles de la base, ayant de plus un intérêt chirurgical, méritent d'être étudiées. Toutefois il consacre quelques lignes aux tumeurs de la base, note divers symptômes qu'elles peuvent déterminer, mais sans tenter de les grouper suivant la localisation de la tumeur,

De même les ouvrages d'ophtalmologie ne donnent aucune place aux cancers sphéno-temporaux dans l'étiologie de certains troubles oculaires. Nous verrons pourtant combien ceux-ci tiennent une large place dans l'affection qui nous occupe, bien qu'ils ne soient pas les seuls. C'est que d'autres causes, beaucoup plus fréquentes, peuvent déterminer les mêmes phénomènes du côté de l'œil. Et sans doute est-ce encore la rareté des cancers sphéno-temporaux, à côté de causes presque banales, qui les a fait négliger par les ophtalmologistes.

Des observations que nous avons recueillies nous a paru se dégager un tableau clinique aux caractères assez particuliers, sans qu'ils soient invariables, pour qu'on puisse oser en entreprendre la peinture. D'autre part la rareté du fait ne saurait empêcher qu'on y songe, car parfois le diagnostic pourra être discuté avec d'autres affections.

Un trait commun aux tumeurs sphéno-temporales et que nous aurons particulièrement en vue dans notre travail est représenté par les troubles oculaires. Ils sont des premiers à attirer l'attention et persistent, s'étendent et s'aggravent au cours de l'évolution.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE

L'étiologie des cancers sphéno-temporaux est inconnue, comme celle de tous les cancers. Aussi serons-nous brefs sur ce chapitre.

On peut envisager **les cancers primitifs** et **les cancers secondaires**.

I. — Cancers primitifs.

1° ORIGINE.

Tous les tissus de la **region sphéno-temporale** peuvent produire des néoplasies cancéreuses. Mais le plus souvent c'est *l'os* lui-même ou le *périoste* qui en est le point de départ. Bien plus rarement les parties molles.

2° FREQUENCE.

Les tumeurs de la base du crâne sont beaucoup plus rares que celles de la voûte. D'après Mercier-Valenton

les tumeurs occupent par ordre de fréquence décroissante : les régions pariétales, temporale, frontale, occipitale et orbitaire. Boltez donne la statistique de Borgono, qui porte sur quinze cas de sarcomes du crâne. La tumeur fut observée 9 fois à la mastoïde, 2 fois à la région pariétale, 2 fois à la région temporale, 2 fois à la région frontale.

Le sphénoïde n'est pas mentionné dans ces statistiques.

On peut en déduire que *la région sphéno-temporale est une localisation primitive extrêmement rare des cancers du crâne*. Si l'on considère que les tumeurs osseuses, les plus habituelles au crâne, et qu'on compare leur fréquence avec celle des tumeurs ayant un autre siège, on est encore plus frappé de leur extrême rareté. Sur 691 tumeurs osseuses, MM. Polosson et Bérard en ont compté 23 au crâne.

3° AGE.

Les sarcomes sphéno-temporaux peuvent s'observer à tous les âges. Dans nos observations on trouve 2 sujets ayant moins de 25 ans, 2 ayant dépassé 50 ans et 3 intermédiaires âgés respectivement de 35, 40, 46 ans. Aucun sujet de moins de 20 ans ne figure dans nos observations. On ne peut pas, à notre avis, en tirer la conclusion que l'enfance et l'adolescence en sont préservées. Au contraire ici comme ailleurs les sarcomes doivent atteindre particulièrement les sujets jeunes.

4° CAUSES.

Le traumatisme est signalé par les malades dans quelques observations. Son action n'est pas démontrée.

Rappelons qu'on a invoqué l'hérédité des cancers, une

prédisposition congénitale au cancer, une diathèse cancéreuse. En réalité la cause cancéreuse est totalement inconnue.

II. — Cancers secondaires.

1° CANCERS SECONDAIRES DE VOISINAGE.

Il s'agit en général de *sarcomes* ayant leur origine dans le nasopharynx, le rocher, le maxillaire supérieur, l'ethmoïde et l'hypophyse.

2° CANCERS METASTATIQUES.

Notre observation X relate un cas de métastase d'un *cancer gastrique*, au niveau du sinus caverneux. La métastase est apparue lorsque le diagnostic de cancer du pylore avait été posé. Mais dans le cas où il existerait un cancer viscéral latent, la tumeur crânienne pourrait être prise pour une tumeur primitive. Pour éviter cette erreur un examen soigneux s'impose.

Un autre cas de métastase gastrique au niveau du sinus caverneux est rapporté par MM. Pinatelle et Cavaillon.

D'après MM. Okinczyk et Küss les métastases intracrâniennes des néoplasmes gastriques sont très rares, mais parmi ces métastases « leur localisation au niveau du sinus caverneux est relativement fréquente ».

Le *cancer thyroïdien* donne souvent des métastases osseuses au niveau du crâne. Sur 59 tumeurs secondaires à un cancer du corps thyroïde Regensburger en compte 25 au crâne. Mais nous n'avons pas connaissance de telles métastases au niveau de la région sphéno-temporale.

Pour ce qui est des métastases d'origine gastrique il s'est agi dans les deux cas d'*épithélioma*.

CHAPITRE II

La triade symptomatique.

Nous prendrons pour type de description le cancer sphéno-temporal primitif. Il s'agira donc, le plus souvent d'un ostéosarcome dont l'origine peut être la partie centrale de l'os : sarcome *central* ; la face interne du périoste : sarcome *périostique*, endocrânien ; la face externe du périoste : sarcome *parostéal*. Sans doute selon le point de départ de la tumeur celle-ci aura un siège différent : elle pourra se développer soit à l'intérieur de l'os qu'elle soufflera, soit à sa face endocranienne, soit à sa face exocranienne. On pourrait donc essayer d'établir une symptomatologie pour chacun de ces types. Mais cela nous paraît bien difficile, pour ne pas dire impossible, si l'on veut obéir à la clinique seule, sans y mêler aucune idée théorique. Car, en effet, les symptômes relevés dans chaque type anatomique différent, ils ne se présentent pas d'une façon toujours identique, sont loin cependant de différer notablement.

En général pendant la vie le diagnostic anatomique exact ne peut pas être fait. Ce sera l'autopsie qui montrera dans le plus grand nombre des cas quel était le siège de la tumeur et de quel côté elle a proliféré.

Il nous semble donc que pour rester dans le domaine de la clinique pure il ne faut considérer qu'un seul type de sarcome sphéno-temporal.

Nous allons décrire les signes qui constituent ce que nous appellerons, avec M. le Professeur Rollet, la triade symptomatiques : *les douleurs, la voussure temporale et les lésions oculaires.*

I. — Période de début.

1° LA DOULEUR.

C'est un symptôme constant qu'on rencontre dans toutes les observations. Elle peut être pendant longtemps, des mois, plus rarement des années, le seul symptôme dont se plaint le malade. Mais c'est une douleur *profonde, violente et tenace*, qu'aucun traitement ne parvient à vaincre. Elle siège dans le domaine du *trijumeau*, dans une moitié de la face, et s'irradie dans la moitié correspondante du crâne. Elle se présente à cette période sous la forme de *crises névralgiques intenses*, plus fréquentes la nuit, parfois même uniquement nocturnes et qui empêchent le sommeil.

Le domaine du *nerf maxillaire supérieur* est spécialement intéressé du moins au début. C'est le cas de la malade de l'observation I de MM. les Professeurs Rollet et Durand. Cette malade ressentait comme une brûlure au niveau de la moitié gauche de la voûte palatine et de la région jugale gauche. Les mouvements de mastication

l'exacerbaient et c'est ainsi qu'elle fut mise sur le compte de dents cariées. Plus tard la douleur envahit la langue, les lèvres supérieure et inférieure et s'irradia vers l'oreille gauche et le crâne.

C'est encore au niveau du maxillaire supérieur droit que souffrait le malade de notre observation II et là encore les crises névralgiques furent attribuées à des lésions dentaires.

Après le maxillaire supérieur le domaine du nerf maxillaire inférieur est le plus souvent touché. C'est la fosse *temporale* qui est le siège de la douleur, laquelle s'irradie à la langue, aux lèvres et à l'oreille.

La ténacité de la douleur en est un caractère important, de même que son aggravation. Non seulement les analgésiques divers n'ont aucun effet, non seulement l'avulsion de dents cariées n'apporte aucune amélioration, mais les accès douloureux deviennent plus fréquents, plus intenses et les périodes de calme relatif, plus brèves. La douleur profonde est lancinante, et c'est dans un état de souffrance extrême, non sans analogie avec la névralgie faciale, que ces malades viennent consulter.

2° TROUBLES OCULAIRES.

Deux signes : Troubles paralytiques et Protrusion oculaire.

A la suite de la douleur, plus rarement en même temps que celle-ci, surviennent des troubles oculaires. Ceux-ci au début n'intéresse pas la vision proprement dite. Il s'agit de *troubles paralytiques*, atteignant fréquemment le releveur de la paupière supérieure. D'où *ptosis*. La paupière abaissée recouvre plus ou moins complètement le

globe oculaire et le malade, malgré la contraction énergique de son muscle frontal ne parvient pas à ouvrir l'œil. Dans quelques cas le ptosis apparaît brusquement ; il frappe alors le malade autant que l'observateur, et à côté des douleurs il apparaît comme un symptôme de première importance. Mais très souvent il se produit progressivement. Léger au début il peut passer inaperçu si l'on ne le recherche pas attentivement en faisant relever au malade sa paupière et en comparant les deux yeux.

Les muscles moteurs du globe oculaire, droits et obliques peuvent aussi être atteints par la paralysie. On la voit en général succéder au ptosis et se manifester par un strabisme externe. La cause de la paralysie apparaît donc sous la dépendance du *nerf moteur oculaire commun*. Mais il est rare que la paralysie s'arrête là ; bientôt l'œil a perdu tous ses mouvements, il est figé : toute la musculature extrinsèque de l'œil est paralysée. Il semble pourtant que dans certains cas le *nerf moteur oculaire externe* n'est pas complètement annihilé, car il existe un léger strabisme externe, comme dans notre observation I, qui traduit l'action prédominante du droit externe.

Dans l'observation de MM. Lenoble et Aubineau (observation VIII), où il s'agissait il est vrai d'un sarcome retropharyngien ayant envahi l'étage sphéno temporal, la marche de la paralysie fut inverse. Elle commença par atteindre le *nerf moteur oculaire externe*, resta stationnaire pendant un an, puis envahit le *moteur oculaire commun*. D'où ptosis incomplet et immobilité complète du globe oculaire.

La variabilité des troubles paralytiques semblerait devoir être mise sur le compte des différences de localisation

et d'envahissement de la tumeur. La compression des nerfs au niveau des orifices de la base du crâne ou dans leur trajet intracranien serait ainsi la cause pathogénique des paralysies. L'observation de MM. Okinczyk et Küss (observation X) tendrait à le prouver. Leur malade présentait une paralysie de la III^e paire. A l'autopsie ils trouvèrent le sinus caverneux complètement obstrué par la tumeur et le nerf moteur oculaire commun, intact par lui-même, était refoulé en haut et en dehors. Ces auteurs voient dans la compression la cause de la paralysie. Pour donner toute leur pensée, disons que d'après eux « le nerf est plus sensible au refoulement excentrique qui le comprime en le tirillant comme une corde d'arc fixée aux deux points de pénétration et de sortie du sinus caverneux, qu'à une compression concentrique à laquelle il **semble** mieux résister. »

Cette explication qui satisfait si bien l'esprit n'est pourtant pas toujours bonne. Il est des cas où la paralysie existe sans qu'il y ait compression du nerf. Dans notre observation I il n'existait aucun agent de compression des nerfs ni dans la fosse sphéno-temporale, ni au niveau de la fente sphénoïdale. La tumeur occupait uniquement la face exocranienne de la base du crâne. Force est donc d'attribuer dans ce cas les troubles paralytiques non plus à des phénomènes mécaniques de compression ou de tiraillement, mais à d'autres phénomènes plus complexes que nous désignerons sous le terme imprécis de phénomènes fluxionnaires de voisinage, en attendant d'être mieux fixé sur leur nature.

Quoi qu'il en soit les phénomènes paralytiques existent aussi bien dans les cas de tumeur exocranienne que dans

les cas de tumeur endocranienne.

Au point de vue fonctionnel une conséquence possible des paralysies est la *diplopie*. Elle est signalée dans plusieurs de nos observations.

Nous n'étudierons pas ici les troubles paralytiques de la musculature interne de l'œil. Ils demandent en effet à être recherchés et n'ont pas comme les précédents des conséquences fonctionnelles qui les rendent perceptibles au malade lui-même. Aussi les étudierons-nous à la période d'état, bien qu'en fait on puisse les observer dès l'apparition des autres phénomènes paralytiques.

L'apparition d'une *exophtalmie* légère accompagne souvent les autres troubles oculaires. Elle est signalée dès la période initiale de l'affection dans toutes nos observations, sauf dans l'observation I où elle apparut dans la suite, un mois environ après l'entrée à l'hôpital. D'après la plupart des cas l'exophtalmie semble apparaître de bonne heure et vient se joindre aux douleurs névralgiques et aux paralysies oculaires. Elle n'est pas en général à cette période très marquée, mais malgré son caractère léger elle n'en est pas moins perçue par le malade qui s'en inquiète.

3° TUMEFACTION DE LA REGION TEMPORALE.

Elle paraît moins précoce que les autres symptômes. Cependant elle peut apparaître en même temps que les troubles oculaires et en particulier que l'exophtalmie. Elle est légère au début et pour l'apercevoir il faut regarder le sujet de face en comparant les deux côtés du crâne. Ainsi on pourra voir d'un côté la *dépression de la fosse temporale comblée par une voussure* qui fait disparaître le relief sous-jacent de l'arcade zygomatique.

Nous croyons qu'à cette période la vue est supérieure à la main car la voussure peu marquée peut être masquée par les parties molles.

La région temporale est certainement la région la plus souvent déformée par les tumeurs sphéno-temporales. Cependant dans notre observation VIII c'est une tuméfaction de la région rétromaxillaire et de la région jugale droites qui fut observée. A aucun moment la fosse temporale ne fut modifiée. La tumeur d'origine rétropharyngienne avait cependant envahi toute la face endocranienne de l'étage sphéno-temporal. Il est possible que dans ce cas l'envahissement par la tumeur de la région sphéno temporale n'ait pas duré assez longtemps pour produire une déformation de la fosse temporale. Toutes nos observations de tumeur sphéno temporale primitive signalent, dans l'interrogatoire même des malades, l'apparition d'une voussure à la tempe. Celle-ci *appartient donc aussi bien aux formes primitivement intra-osseuses et endocraniennes qu'à la forme exocranienne.*

II. — Période d'état.

Le tableau clinique se complète par l'apparition de troubles oculaires atteignant *la vision* qui jusqu'alors était restée intacte. De plus l'état général faiblit, d'autant que les douleurs gênent l'alimentation et le sommeil. Rarement des troubles mentaux apparaissent, et exceptionnellement des phénomènes de compression cérébrale.

1° TROUBLES OCULAIRES : *au nombre de trois, troubles paralytiques, exophtalmie, lésion du nerf optique.*

a) *L'ophtalmoplégie*, unilatérale, est *complète* en général. L'œil recouvert par la paupière supérieure reste figé.

L'ophtalmoplégie est *totale* et intéresse la *musculature intrinsèque* de l'œil. Le sphincter, le dilatateur de la pupille (iris) et le muscle ciliaire sont paralysés. Ces muscles sont innervés par les nerfs ciliaires venus pour la plupart du ganglion ophtalmique qui reçoit ses racines du nerf moteur oculaire commun, du sympathique et de l'ophtalmique. On observe une *mydriase* qui tient à la paralysie du moteur oculaire commun et à l'action dilatatrice prédominante du sympathique. *La pupille est immobile et ne réagit plus ni à la lumière ni à l'accommodation.*

Le champ visuel n'est pas modifié en général.

L'observation de M. Morax présente cependant un cas de rétrécissement d'hémianopsie homonyme gauche et de réaction pupillaire hémipique. A l'autopsie on vit que la tumeur comprimait la bandelette et le nerf optique droits mais il n'existait aucune lésion des fibres optiques. D'autre part « l'examen des autres parties du cerveau dont les lésions sont susceptibles de produire le syndrome hémianopsique a montré leur intégrité. » Nous rapprocherons cette constatation de celle de MM. Okinczyk et Küss. Ces auteurs ont observé de leur côté la compression de la III^e paire, ayant produit une paralysie, sans lésions dégénératives des fibres nerveuses. On doit donc admettre l'existence de troubles fonctionnels graves, sensoriels ou moteurs, en l'absence de lésions histologiques.

L'ophtalmoplégie peut entraîner de la *diplopie*.

b) *L'exophtalmie* existe toujours à la période d'état. Elle resta légère dans notre observation I alors qu'elle

devint très prononcée dans l'observation VIII. Mais ce qui la caractérise essentiellement est d'être une *exophtalmie directe* : l'œil ne subit pas de déplacement latéral, mais est *projeté en avant, sans déviation de son axe normal*. A ces caractères nous ajouterons l'apparition progressive de l'exophtalmie.

Le cliché que nous reproduisons, présente un exemple d'exophtalmie dans les tumeurs sphéno-temporales. Le malade dont il s'agit est celui de notre observation III. La photographie fut faite quelques jours après l'entrée à l'hôpital ; or suivant le malade il y avait environ un an que l'œil « était devenu gros ». L'évolution de l'exophtalmie fut donc progressive.

c) *Lésion du nerf optique.*

Après un temps variable la vision, jusque là intacte diminue. C'est *le plus tardif des signes oculaires* : il est précédé par l'ophtalmoplégie et l'exophtalmie.

La vue diminue *progressivement* et l'abolition complète de la vision n'apparaît qu'à la période ultime de l'affection. Parfois même elle n'est pas complètement abolie.

Toutes nos observations mentionnent ce symptôme, parfois dès le premier examen, plus souvent après un certain temps. Dans notre observation I la vue diminua rapidement :

A l'entrée : 13 octobre 1920, O. G. V = $\frac{1}{3}$.

Le 3 novembre 1920 O. G. V = $\frac{1}{50}$.

Le 18 novembre 1920 O. G. V = 0.

L'examen du fond de l'œil révèle des troubles papillaires. On observe d'abord de la *papillite* ou de la *stase papillaire*. La papille est rouge et parfois apparaît *saillante*,

surplombant la rétine avec laquelle elle se confond. Le disque papillaire est élargi, les veines sont volumineuses et sinueuses, les artères effacées. A ce stade l'acuité visuelle peut être intacte, mais en général elle est amoindrie.

L'aboutissant d'une papillite ou d'une stase papillaire qui se prolonge est *l'atrophie optique postnévritique*. La papille devient affaissée, les veines diminuent de calibre et les artères paraissent amincies. Contrairement à l'atrophie optique primitive *les limites papillaires demeurent irrégulières et floues*. En même temps qu'apparaît l'atrophie, *la vision disparaît*.

Comment expliquer ces altérations névritiques ? Sont-elles dûes à la stase des vaisseaux produite par l'augmentation de la pression intracrânienne ? Cela est peu probable : il existe une anastomose à plein canal de la V. ophtalmique et de la V. faciale.

Serait-ce le liquide céphalo-rachidien qui, toujours par l'augmentation de la pression intracrânienne, serait refoulé dans la gaine vaginale. Dans ce cas la papille serait comme étranglée par le gonflement de la lame criblée. L'expérimentation a prouvé qu'il ne pouvait pas en être ainsi.

D'autres, avec Parinaud, pensent qu'il s'agit d'un œdème lymphatique du nerf.

Il nous semble que dans les cas où la tumeur est exocrânienne, comme dans notre observation I, il est impossible de faire jouer un rôle à ces diverses causes. Dans le cas particulier le trou optique et la fente sphénoïdale étaient libres. D'autre part on n'observe pas en général de phénomènes de compression cérébrale dans ces tumeurs.

S'agit-il d'une sécrétion toxique cancéreuse ? On ne

peut le dire et il vaut mieux faire appel aux phénomènes fluxionnaires de voisinage, sans préjuger de leur nature exacte.

En terminant ce chapitre des troubles oculaires nous insistons sur la valeur considérable que possède *leur réunion* pour établir le diagnostic.

2° LA DOULEUR.

Nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit pour la période de début. Disons seulement qu'elle augmente considérablement, que les crises névralgiques se rapprochent et empêchent le sommeil.

Les troubles objectifs de la sensibilité sont variables et consistent soit en hypoesthésie, soit en anesthésie.

La douleur provoquée aux points d'émergence des nerfs est nulle en général.

3° VOUSURE TEMPORALE.

Comme le dit M. Morax « La déformation de la région temporale est une lésion dont la valeur séméiologique est peu connue. »

Elle nous paraît des plus constantes dans la symptomatologie des tumeurs sphéno temporales. Les observations anciennes de Mackenzie (1856), Dumas (1858), Leclère (1881) la signalent, ainsi que toutes nos observations plus récentes.

La région temporale, au lieu d'être déprimée, est saillante. Il en résulte que la crête osseuse constituée par l'arcade zygomatique, le bord postérieur du malaire et l'apophyse orbitaire externe du frontal, crête qui se dessine toujours à travers les tissus superficiels chez un su-

jet normal, disparaît en même temps que le méplat temporal est comblé par la tumeur.

La voussure apparaît arrondie, régulière ou bosselée. La peau ne présente d'abord rien de particulier. Les veines peuvent être un peu plus apparentes et à une période tardive un léger œdème peut apparaître.

La palpation permet d'apprécier la consistance *osseuse* de la tumeur. Tantôt elle est uniformément dure, régulière, tantôt elle est inégale et bosselée, dure en certains points, molle en d'autres. Parfois on percevra sous les doigts la *crépitation parcheminée*.

Dans certains cas la tumeur est molle et presque fluctuante. Elle est animée de battements et présente un souffle. Il s'agit de sarcomes télangiectasiques, comme dans notre observation III où ces signes étaient perceptibles au niveau de la tumeur temporale et de la tumeur orbitaire.

La palpation est en général peu ou pas douloureuse.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

I. ANATOMIE PATHOLOGIQUE MACROSCOPIQUE

1° *Sarcomes centraux.*

Ils se développent aux dépens du *diploë*. Tantôt l'os est envahi dans toute son épaisseur, la tumeur semble pousser devant elle une coque osseuse qui en réalité est une formation sécrétée par le périoste. Cette coque peut finir par se perforer. Tantôt il s'agit d'une tumeur diffuse : plusieurs masses sont disséminées dans l'os. Les sarcomes centraux forment généralement de volumineuses tumeurs molles d'aspect encéphaloïde. A la coupe s'écoule un suc laiteux, et l'on constate assez souvent des hémorragies interstitielles. Il s'agit dans ce dernier cas de tumeurs très vasculaires, ayant pu être prises pendant la vie pour des anévrysmes, lorsqu'elles présentaient des battements et un souffle.

2° *Sarcomes périostiques.*

Ce sont les sarcomes développés aux dépens du *périoste interne* en dehors de la dure-mère. Pour Jaboulay le périoste interne est aussi inactif pathologiquement que physiologiquement. Le plus souvent les tumeurs à développement endocranien auraient leur origine dans l'os ou les méninges molles. Par contre la dure-mère qui est une barrière solide contre les inflammations ou les néoplasmes serait un filtre « complaisant » pour ces derniers. D'où la possibilité de tumeurs en bissac : intraorbitaire et intracrânienne.

Il sera donc difficile de dire si une tumeur endocrânienne a une origine périostique ou centrale. Les sarcomes périostiques seraient pourtant plus durs que les sarcomes centraux. Ils ont une tendance à se calcifier et ne deviennent pas en général téléangiectasiques.

3° *Sarcomes parostéaux.*

Ils se développent aux dépens de la couche ostéogène du périoste ou des parties molles péricrâniennes. Ils ont une tendance remarquable à l'ossification. On y rencontre de nombreuses aiguilles osseuses, entre lesquelles on trouve le tissu propre de la tumeur. Assez souvent les tables de l'os et le diploë ne sont pas envahis : la perforation du crâne est aussi exceptionnelle.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE MICROSCOPIQUE

Les sarcomes sont des tumeurs malignes développées aux dépens de la trame conjonctivo vasculaire. La prolifération des cellules d'origine conjonctive intimement

unie à des néoformations vasculaires sanguines, produit ces tumeurs dont le développement est en général rapide. L'ordonnance des cellules par rapport aux lignes vasculaires s'explique par l'évolution parallèle des cellules et des vaisseaux. Ce qui les a fait désigner parfois sous le nom d'angiosarcomes. Les éléments cellulaires qui les forment sont des éléments jeunes dont l'activité grande permet l'édification rapide de tumeurs volumineuses.

Les sarcomes de la région sphéno-temporale appartiennent le plus fréquemment aux formes globo et fuso-cellulaires.

1° *Sarcomes globo-cellulaires.*

La substance intermédiaire est peu abondante ; les cellules sont rondes et petites et en nombre considérable. Par places sont des espaces vasculaires, sans endothélium. La vascularisation très développée explique la consistance molasse de ces sarcomes qui présentent parfois des cavités pseudo-kystiques et une structure alvéolaire.

2° *Sarcomes fuso-cellulaires.*

Le stroma fibreux est plus développé. Parmi les fines fibrilles conjonctives se trouvent des cellules allongées et fusiformes. Elles se disposent en tourbillons autour des espaces vasculaires, dépourvus d'endothélium.

3° *Sarcomes à cellules géantes.*

Plus rares. Les cellules sont volumineuses, soit arrondies, soit polygonales et contiennent un ou plusieurs noyaux.

4° *Sarcomes télangiectasiques.*

/ Ce sont des sarcomes où le développement des proliférations vasculaires domine l'édification cellulaire (Fongus hématode des anciens auteurs).

5° *Fibro-sarcomes. — Myx-osarcomes.*

Tumeur où les éléments de fibrome et de myxome sont mêlés à ceux du sarcome.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic est à faire avec les diverses affections capables de produire un ou plusieurs des signes qui constituent la triade symptomatique. Nous diviserons donc ce chapitre en trois parties.

I. DIAGNOSTIC DE LA VOUSURE TEMPORALE

1° *Périostites syphilitiques.*

On sait qu'elles ne sont pas rares au niveau du crâne. Exocraniennes elles peuvent siéger dans la fosse temporale, qu'elles tuméfient. Leur apparition s'accompagne d'une *douleur vive, fixe*, s'exacerbant quelquefois par crises, surtout nocturnes. La pression à leur niveau est très douloureuse et arrache fréquemment un cri au malade. A la palpation on sent une *bosselure* peu étendue, bien limitée et *circonscrite*, donnant la sensation d'un empâtement rénitant et *régulier*, mais jamais fluctuant. La vous-

sure du sarcome est au contraire mal limitée ; la consistance peut être ferme, mais à une certaine période il n'est pas rare de trouver une certaine molesse par place, avec une surface irrégulière. De plus la palpation est peu ou pas douloureuse et la voussure ne tarde pas à s'étendre.

En dehors de ces caractères différentiels on interrogera les *antécédents* du malade au sujet de la syphilis. Dans les cas douteux *le traitement spécifique* et ioduré tranchera le diagnostic.

2° Gommès syphilitiques.

C'est au début de celles-ci, avant leur ramollissement et leur ouverture à la peau que le diagnostic se pose.

La tuméfaction gommeuse s'accompagne d'une *douleur* gravative et intense. Les exacerbations nocturnes de la douleur ont une valeur diagnostique qui n'est pas négligeable. La consistance de la voussure est dure et sur son pourtour on sent le relief de l'os où elle est comme enchassée. On ne saurait pas en général faire le diagnostic à cette période sans établir *le traitement spécifique* combiné à l'iodure de potassium. Dans le cas où la syphilis est en cause il y aura une sédation parfois rapide de la douleur, en même temps que la tumeur diminuera de volume. L'évolution est au contraire progressive dans le cas de sarcome et l'extension du néoplasme finit par se traduire par tous les éléments de la triade symptomatique.

3° Ostéites tuberculeuses.

L'ostéite tuberculeuse au début peut se traduire par une *tuméfaction ferme*, douloureuse spontanément et à la pression ; la *douleur*, qui peut être plus intense la

nuît que le jour, est généralement *localisée*. C'est *l'évolution* qui permettra le diagnostic.

Tandis que l'ostéite tuberculeuse se ramollit et devient fluctuante, la tuméfaction du sarcome ne présente pas en général de véritable fluctuation. La marche du sarcome est encore beaucoup plus rapide.

A la période d'ouverture à la peau le diagnostic sera plus facile : fistule à bords décollés, fongueux, pus grumeleux et grisâtre, os dénudé, dans un cas ; énorme tumeur étalée et bourgeonnante, dans l'autre. On pourra tenir compte aussi de la présence d'autres lésions tuberculeuses, ce qui n'est pas rare dans la tuberculose des os du crâne.

4° *Exostoses.*

Les exostoses de la région temporale sont de dimensions très variables. Tantôt c'est un petit nodule, tantôt une volumineuse tumeur, comme dans un cas de Mauclaire. Entre ces deux termes on trouve tous les intermédiaires. Elles ont pour caractère de ne s'accompagner *d'aucune douleur*, ni spontanément, ni à la pression, d'avoir une *consistance très dure*, uniforme, consistance du tissu osseux compact et éburné. *Elles évoluent très lentement* et ne s'accompagnent pas de troubles fonctionnels. Il sera donc aisé en général de les distinguer du sarcome. De plus elles sont souvent *multiples*.

II. DIAGNOSTIC DES TROUBLES OCULAIRES

Nous éliminerons tout de suite les *ophthalmoplégies d'origine nucléaire* et les *ophthalmoplégies orbitaires*. Les premières sont en général partielles, n'intéressant que la musculature extrinsèque et pouvant même ne toucher qu'un seul muscle. Les secondes, le plus souvent d'origine traumatique, sont aussi partielles. Dans les deux cas l'absence des douleurs dans le domaine du trijumeau et de la voussure temporale fera écarter l'hypothèse d'une tumeur sphéno-temporale.

1° *Périostites. Gommès et Méningites syphilitiques circonscrites.*

Ces lésions sont fréquentes au niveau des orifices de l'étage moyen du crâne. Leurs symptômes peuvent sentir une grande analogie avec ceux du sarcome. Et il n'est pas étonnant que dans bien des cas on ait d'abord méconnu celui-ci, étant donné sa rareté à côté de la fréquence des lésions syphilitiques.

Elles peuvent ne se traduire que par de la céphalalgie sans signe de localisation. D'autres fois il existe, en plus de la douleur des signes traduisant des lésions nerveuses, isolées ou combinées. Nous croyons utile, à ce propos, de rappeler brièvement l'anatomie des orifices de l'étage moyen du crâne.

La fente sphénoïdale sépare les grandes ailes des petites ailes du sphénoïde et met en relation l'orbite et la cavité cranienne. Elle est divisée par l'anneau de Zinn en trois orifices. L'orifice *externe* livre passage aux nerfs pathétique, frontal et lacrymal. Dans l'orifice *interne* pas-

sent le nerf moteur oculaire commun, déjà divisé ou non en ses deux branches, le nerf moteur oculaire externe, le nerf nasal et la veine ophtalmique.

Le trou optique est creusé à la base des petites ailes du sphénoïde. Plus interne que la fente sphénoïdale il livre passage au nerf optique et à la veine ophtalmique.

Le trou grand Rond creusé près du bord interne de la grande aile du sphénoïde livre passage au nerf maxillaire supérieur mettant en relation le crâne et la fosse pterygée maxillaire.

Le trou ovale plus postérieur et plus externe est traversé par le nerf maxillaire inférieur et l'artère petite méningée.

On comprend que suivant la localisation des lésions syphilitiques sur tel ou tel point les manifestations nerveuses varient. Les lésions syphilitiques ont pourtant des préférences. Elles atteignent par ordre de fréquence décroissante *le nerf optique, le nerf moteur oculaire commun, le facial*, plus rarement *le trijumeau* (une ou plusieurs branches). L'intégrité du facial dans le sarcome sphéno temporal nous permet de le négliger au point de vue diagnostique. La lésion du nerf optique se traduit par de la névrite, puis de l'atrophie optique avec abolition de la vision.

L'atteinte du nerf moteur oculaire commun peut encore ajouter à la ressemblance avec les cancers sphéno-temporaux : ptosis, strabisme divergent, diplopie. La musculature intrinsèque peut aussi être intéressée : d'où disparition des réflexes lumineux et accomodateur, ou seulement signe d'Argyll.

Un caractère important des ophtalmoplégies d'origine

basilaire et syphilitique est d'être en général *totales* et d'intéresser et la III^e paire et la VI^e paire. Elles sont de plus *durables* et stables, ce qui les rapproche encore des ophthalmoplégies produites par les cancers de la région sphéno temporale.

Si à ces phénomènes se joignent des douleurs névralgiques du trijumeau, la ressemblance sera encore plus grande.

Dans les diverses éventualités cliniques il faudra, pour établir le diagnostic des lésions syphilitiques, se baser sur : le caractère *vespéral* de la douleur, les *antécédents* du malade, l'amélioration parfois rapide des symptômes par le *traitement spécifique*, l'absence d'exophtalmie et de voussure temporale.

2° Syphilis cérébrale.

La *névrite optique* de la syphilis cérébrale est accompagnée en général de chorio-rétinite syphilitique. Son évolution est lente. Les deux yeux sont généralement atteints, mais à des degrés variables. Elle aboutit à l'*atrophie optique* avec pâleur de la papille et amincissement des vaisseaux. La syphilis cérébrale peut encore se manifester par des paralysies oculaires, des névralgies du trijumeau, une paralysie faciale.

On se basera, pour différencier ces manifestations du cancer sphéno temporal, sur les caractères de la papille et l'atteinte fréquente de la rétine, sur la céphalée vespérale, l'action du traitement spécifique, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien avec parfois réaction de Wassermann positive. Enfin l'évolution trancherait le diagnostic.

3° Manifestations oculaires du tabès.

Parmi les lésions des centres nerveux le tabès produit souvent des *paralysies oculaires*. Les paralysies tabétiques *précoces* sont *parcellaires* et incomplètes. Elles portent surtout sur la III^e paire. Elles peuvent intéresser aussi la musculature intrinsèque, parfois cette musculature seule. On constate de la mydriase, d'où inégalité pupillaire et le S. d'Argyll-Robertson. Ces paralysies sont éphémères et *fugaces* : elles disparaissent brusquement, mais peuvent récidiver.

Les paralysies oculaires *tardives* sont *totales* progressives et définitives.

A la période prodromique du tabès le diagnostic se fera par la recherche des douleurs fulgurantes, des troubles objectifs de la sensibilité, de la perte du sens musculaire et de l'incoordination. A la période de tabès confirmé on trouvera la démarche ataxique, l'abolition des réflexes achilléens et rotulien et le S. de Romberg.

La névrite et l'atrophie optique du tabès seront rapportés sans peine à leur cause quand elles apparaîtront après les manifestations paralytiques de l'œil. Dans les cas où elles constituent le premier symptôme apparent du tabès on se basera sur les principaux signes que nous avons déjà indiqués. On ne négligera pas l'examen du fond de l'œil qui montrera une papille décolorée, blanchâtre, à limites bien nettes. Les vaisseaux rétiniens ne sont pas modifiés, leur calibre est normal, contrairement à l'atrophie optique consécutive à la papillite simple ou à la stase papillaire. De plus l'atrophie optique du tabès est presque toujours *bilatérale*, ce qui est exceptionnel dans les tumeurs de l'étage moyen du crâne.

4° *Sinusites frontales.*

La sinusite chronique avec ectasie ou mucocèle produit à l'angle supéro-interne de l'orbite une tumeur peu ou pas douloureuse, molasse, quelquefois bosselée. Dans certains cas le doigt rencontre une *hyperostose naso orbitaire* qui peut faire penser à une tumeur osseuse. Mais le doigt sentira en arrière l'ectasie fluctuante et molle du sinus frontal. En outre la pression du front au niveau du sinus est douloureuse.

Dans la sinusite aiguë enkystée *l'œil est refoulé en bas et en dehors* ; donc pas de protrusion vraie.

Le phlegmon de l'orbite produit une *exophtalmie* directe.

Dans les deux formes de sinusite aiguë les signes généraux, la fièvre, la douleur vive, l'inflammation des téguments et l'évolution aiguë permettront le diagnostic.

5° *Tumeur du nerf optique.*

A l'inverse des cancers sphéno temporaux la diminution de l'acuité visuelle précède ici l'exophtalmie qui est *tardive*. Mais c'est aussi une exophtalmie directe sans déviation latérale. Autre caractère : les mouvements de l'œil sont longtemps conservés, la cécité ne s'accompagne pas de troubles paralytiques, au moins pendant longtemps. L'évolution est lente. La douleur est absente et n'apparaît que lorsque la tumeur envahit le crâne.

III DOULEURS NEURALGIQUES

L'incertitude ne pourra exister qu'au début, quand la triade symptomatique n'est pas encore complète. Mais l'apparition de la voussure temporale, de l'exophtalmie et

des autres troubles oculaires lèveront le doute. Il en est de même du diagnostic avec une tumeur du ganglion de Gasser. La présence d'une anesthésie de la peau et des muqueuses, à côté de névralgies du trijumeau, et quelquefois la paralysie du nerf masticateur pourront faire soupçonner l'existence d'une tumeur du ganglion de Gasser.

IV. DIAGNOSTIC AVEC LES POLYPES ET FIBRO-SARCOMES NASO-PHARYNGIENS

C'est à la période tardive de ces tumeurs quand elles ont poussé des prolongements dans les régions temporale, zygomatique, la fosse pterygo maxillaire, l'orbite et le crâne, que le diagnostic se pose. Cet envahissement peut produire en effet une déformation de la face et du crâne, des névralgies faciales, une exophtalmie et même la cécité par atrophie optique. Le diagnostic ne se pose que chez les sujets jeunes ayant moins de 22 ans et du sexe masculin, ces tumeurs fibreuses n'apparaissant qu'exceptionnellement après cet âge et chez les femmes. On se basera pour le diagnostic différentiel sur *l'histoire de la maladie*, le début par des troubles du côté du nez : enchifrénement, écoulement séreux ou muqueux, *épistaxis* fréquentes, obstruction nasale avec troubles de la phonation, de l'audition et de la respiration. C'est en général après ces symptômes, les premiers en date, qu'ont apparu les douleurs à la face, la tuméfaction temporo zygomatique et les troubles oculaires.

De plus le toucher donnera des renseignements importants ; il révèle dans le cas de polype une masse *mamelonnée*, lobulée, de consistance *dure*, peu élastique et bien

limitée, dont l'insertion principale se fait sur *l'apophyse basilaire de l'occipital*. Dans le sarcome le doigt sent au contraire une tumeur molle, friable et diffuse. Assez souvent cependant un diagnostic précis nécessitera une *biopsie* et un examen histologique. Mais il faut savoir qu'entre le fibrome et le sarcome peuvent exister des intermédiaires, les fibro-sarcomes.

L'évolution, à notre avis, ne peut pas servir toujours au diagnostic car, les polypes fibreux, s'ils régressent spontanément après 22 ans, peuvent néanmoins amener la mort par des troubles mécaniques : dyspnée et asphyxie, gêne de l'alimentation, compression cérébrale auxquels il faut ajouter les hémorragies souvent abondantes. Une évolution fatale n'appartient donc pas aux sarcomes exclusivement.

CHAPITRE V

Evolution et traitement.

L'évolution du cancer sphéno temporal est toujours fatale. *Les sarcomes ont une marche souvent rapide.* La malade de notre observation I mourut sept mois après l'apparition des premiers symptômes. En général la durée ne dépasse pas deux ou trois ans. Les douleurs ont sans doute une part dans la rapidité de l'évolution, car en restreignant l'alimentation et en empêchant le sommeil elles sont une cause de déchéance de l'organisme. Mais la malignité de la tumeur a un rôle capital en créant la *cachexie cancéreuse*, qui ruine plus ou moins vite l'organisme tout entier.

Au cours de l'évolution, des symptômes peuvent surgir qui traduisent *l'extension de la tumeur* : au rocher (paralysie faciale, tuméfaction mastoïdienne, écoulement par l'oreille), au nasopharynx (obstruction nasale, troubles

respiratoires, dysphagie), à la région basi occipitale (paralysie de la XII^e paire). L'envahissement de la cavité orbitaire est aussi possible, mais notre observation de tumeur en bissac (obs. IV) ne permet pas de dire si l'orbité a été envahie secondairement ou si elle fut le siège primitif de la tumeur. La tumeur peut encore envahir le corps du sphénoïde, la selle turcique et l'hypophyse elle-même.

Il est à noter que *l'invasion de l'hypophyse n'entraîne pas toujours le syndrome hypophysaire, acromégalie, troubles mentaux, glycosurie, hemianopsie*. Aucun de ces symptômes ne fut constaté dans notre observation IX où l'hypophyse était pourtant intéressée elle-même par le sarcome.

L'absence de phénomènes de compression cérébrale paraît être le cas général. Les vomissements, les contractures, le ralentissement du pouls et de la respiration sont très exceptionnellement signalés, à la phase terminale. Il est rare aussi que des troubles mentaux apparaissent. L'affaiblissement de la mémoire est noté dans quelques observations seulement.

À côté des sarcomes purs, que nous avons particulièrement en vue, il existe les tumeurs dites fibro-sarcomes, mixo sarcomes, etc., dont l'évolution peut être beaucoup plus lente que celle des sarcomes. Dans le cas de notre observation VI il est bien improbable qu'il se fut agi de sarcome. L'évolution dura en effet 20 ans, avec des périodes d'accalmie. Il serait donc imprudent, bien que l'évolution soit en général rapide, de porter un pronostic fatal à brève échéance sans avoir recours à des moyens d'investigation précis.

Pour lutter contre les cancers sphéno temporaux on est,

aujourd'hui du moins, totalement désarmé. L'ablation chirurgicale, possible quand il s'agit de tumeurs de la voute du crâne, est impossible pour les tumeurs de la base. La radiumthérapie paraît actuellement sans effet sur l'évolution qu'elle ne modifie en aucune façon. Elle aurait, nous semble-t-il, la vertu très appréciable de calmer les douleurs. C'est ce qui ressort nettement de l'observation I de MM. les Professeurs Rollet et Durand.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*inédite*)

(Services des Professeurs Rollet et Durand)

Sarcome sphéno temporal exocranien avec triade symptomatique. Ophthalmoplégie totale gauche. Névralgie du maxillaire supérieur. Voussure temporale. Fond d'œil normal au début, puis atrophie optique et cécité. Radiumthérapie : amélioration. Mort. A l'autopsie : sarcome à petites cellules rondes occupant la face exocranienne sphéno temporale (1).

Mlle C..., 46 ans, cuisinière, entrée le 13 octobre 1920 dans le service de M. le Professeur Rollet pour une ophthalmoplégie de l'œil gauche, associée à une névralgie faciale du même côté.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère morte à 78 ans de congestion pulmonaire. Deux sœurs et trois frères bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à 4 ans. Pas de maladie depuis cette époque jusqu'à 42 ans. La malade est célibataire. Elle nie toute affection vénérienne. Il y a quatre ans, à la suite d'un refroidissement, douleur bilatérale dans les oreilles sans écoulement, avec irradiations vers le pharynx et accompagnée de surdité. Au bout d'un mois guérison com-

(1) Recueillie par M. ROSNOBLET, interne du Service.

plète. L'audition redevient bonne. En décembre 1919 la malade est victime de deux agressions successives qu'elle place à l'origine de ses maux. A cette époque elle souffre de plusieurs lésions aux lèvres (probablement herpès impétigineux) qui restent rouges et œdématisées pendant un mois. Adénites cervicales et de la nuque concomitantes. Pas de consultation médicale. La guérison survient en un mois. Depuis cette époque bonne santé jusqu'au début de septembre 1920.

En septembre 1920 l'attaque actuelle débuta par des douleurs buccales, localisées principalement à la voûte palatine (sensation de brûlure), au maxillaire supérieur (région gauche) avec irradiation vers l'oreille gauche et le crâne. Plus tard ces douleurs envahirent la langue elle-même et les lèvres supérieure et inférieure (région gauche exclusivement). Les crises douloureuses furent au début exclusivement nocturnes. Pendant le jour euphorie complète. Seulement un peu de gêne pour la mastication.

L'origine dentaire de ces crises névralgiques étant suspectée, la malade se fait extraire trois dents au maxillaire supérieur (à gauche) et trois au maxillaire inférieur (à droite).

A cette époque aucune lésion oculaire : vision normale à gauche. Œil non dévié, conservant tous ses mouvements.

Les 6-7-8 octobre 1920 la malade subit trois séances d'électrothérapie, par le docteur Japiot. Pas de résultat. Les séances sont suspendues, car entre temps apparaissent des troubles paralytiques de l'œil gauche. Ptosis. Œil figé, perdant ses mouvements.

Examen à l'entrée, 13 octobre 1920. — La malade se plaint de douleurs, à exacerbation très nettement nocturnes, dans tout le domaine du trijumeau, surtout le maxillaire supérieur, moins dans l'ophtalmique et le maxillaire inférieur. Ces douleurs siègent dans la voûte palatine, les gencives, la langue (sensation d'engourdissement et de froid) et surtout la région de la joue. Souvent les irradiations — surtout la nuit — se propagent dans le cuir chevelu, sous forme de casque, dans le front, la nuque, plus rarement dans l'oreille gauche. Aussi.

bien la malade est emmitoufflée d'objets laineux qui lui couvrent la région douloureuse. Dans le jour ces douleurs peuvent disparaître. Il n'en subsiste dans le territoire intéressé qu'une sensation d'engourdissement. Tantôt elles persistent rendant pénible tout mouvement et en particulier les mouvements nécessaires à la mastication et à la mimique faciale du côté gauche.

Pas de coryza, pas de larmoiement.

Examen objectif :

1° *Du côté de l'œil gauche.* — Ptosis complet de la paupière supérieure. Impossibilité absolue de la relever malgré un plissement énergique et symétrique des téguments du front. Queue du sourcil abaissée pendant ces mouvements.

Quand on relève la paupière et qu'on dit à la malade de fermer l'œil ce mouvement est accompli avec son intensité normale (intégrité de l'orbiculaire).

La paupière supérieure relevée, on constate une *ophtalmoplégie complète* de la musculature *extrinsèque* et *intrinsèque* de cet œil. L'œil est figé, en léger strabisme externe, incapable de tout mouvement dans tous les sens. Ceux-ci ne sont qu'esquissés dans les mouvements extrême de latéralité.

Mydriase marquée. Aucune réaction de la pupille ni à la lumière ni à l'accommodation.

Diplopie croisée et verticale. L'image fausse est vue (par rapport à l'image vraie de l'œil droit) à droite de celle-ci et plus bas.

Champ visuel normal, aussi étendu à gauche.

Fond de l'œil normal (Dr Bussy).

Acuté : O. G. V. = $1/3$; O. D. V. = 1.

La sensibilité cornéenne est conservée à gauche. Donc pas d'anesthésie ni de troubles pouvant faire supposer l'évolution d'une kératite neuro paralytique.

2° *Du côté de l'œil droit.*

Rien à signaler. Vision normale. Mouvements entiers. Pupille en léger myosis mais réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

3° *Du côté de la face.*

Intégrité du facial. Il y a seulement une immobilité instinctive de l'hémiface gauche pour éviter toute contraction douloureuse. Mais les muscles fonctionnent normalement. Dans le territoire du trijumeau on note une hypoesthésie cutanée légère à la piqure de même une diminution de la sensibilité au chaud et au froid.

La douleur provoquée au niveau des points d'émergence des rameaux nerveux (points sus et sous orbitaires, malaire, mentonnier) n'est pas très nette.

Légère vascularisation veineuse et léger œdème au niveau de la région malaire gauche.

4° *Du côté de la bouche.*

Difficulté pour tirer la langue. Hypoesthésie sur le bord gauche de la langue, surtout marquée pour la pointe. Pas de déviation nette de la langue.

Pas de troubles dans le domaine de l'olfactif.

Acuité auditive diminuée à gauche.

Appareil circulatoire : 0 ; appareil respiratoire : 0 ; appareil digestif : 0 ; appareil urinaire : albumine 0, sucre 0 ; appareil génital : règles irrégulières depuis trois à quatre mois.

Réflexes achilléen et patellaire semblent un peu plus marqués à droite.

Pas de syndrome méningé. Pas de fièvre.

Liquide céphalo-rachidien : Examen cytologique, 0 ; examen bactériologique, 0 ; examen chimique, traces d'albumine.

Réaction de Wassermann : négative.

Le 3 novembre 1920, le traitement iodo mercuriel n'a donné aucun résultat.

Examen de l'œil : O. G. V. = 1/50.

Le nerf optique paraît atteint.

Apparition, dans la fosse temporale gauche, d'une *tuméfaction* dure qui semble faire corps avec l'os.

Le 18 novembre 1920. Examen de l'œil : O. G. V. = 0.

Pas de sensation lumineuse. Papille légèrement œdémateuse en voie d'atrophie.

Le 25 novembre 1920 la malade passe dans le service de chirurgie du Professeur Durand.

Symptômes à l'entrée. — Douleurs continues, avec crises nocturnes, qui d'après la malade seraient si intenses qu'elle aurait pensé au suicide.

Vision nulle de l'œil gauche. Pupille dilatée ne réagissant pas.

Les points d'émergence des nerfs sus orbitaire, sous orbitaire, mentonnier ne sont pas douloureux.

Pas de troubles trophiques du côté de la face sauf un léger œdème du côté gauche.

Tuméfaction de la fosse temporale gauche. Ptosis gauche. Paralyse complète des muscles de l'œil gauche. Exophtalmie légère.

La fosse nasale gauche est obstruée. La malade ne peut pas respirer de la narine gauche. Un toucher fait sentir une masse refoulant le naso-pharynx. Sensibilité : hypoesthésie dans le domaine du trijumeau.

Le 18 décembre 1920. — Incision verticale dans la fosse temporale avec petit débridement horizontal contre le zygoma, donc incision en T.

On traverse le temporal et on arrive sur une masse molle, sarcomateuse, dont un fragment est prélevé pour examen histologique. La masse s'étend contre le plan sphéno temporal et dans la fosse zygomatique. On introduit, en les faisant diverger et en les enfonçant profondément, trois tubes de chacun 100 mmgr de radius, donc 300 mmgr. Suture incomplète.

Le 19 décembre 1920, ablation des tubes.

Le 22 décembre 1920. — La malade très soulagée accuse une amélioration inespérée. Les douleurs ont considérablement diminué ; elles ont à peu près disparu. Première nuit de sommeil. La narine gauche n'est plus obstruée. La malade éprouve et manifeste une joie intense.

Le 6 janvier 1921. — Les douleurs auraient tendance à réapparaître au niveau de l'œil et de l'articulation temporo maxillaire. Toutefois elles n'ont pas l'intensité qu'elles avaient avant l'application du radium.

Le 12 janvier 1921. — La narine gauche reste libre au moins pendant le jour, car la malade se plaint de ne pouvoir respirer la nuit. La masse sentie dans le naso pharynx a diminué. Le nerf auditif gauche semble atteint par le néoplasme : surdité presque complète à gauche.

La motilité de l'œil gauche est rétablie.

Le 17 janvier 1921. — Otite suppurée moyenne ; persistance des troubles auditifs. Circulation complémentaire plus accusée à gauche au niveau de la fosse temporale.

Le 18 janvier 1921. — Intervention sur la mastoïde.

Le 4 février 1921. — Amélioration des mouvements de l'œil et de la paupière. La cécité reste absolue.

Le 14 février 1921. — La malade présente un nodule de généralisation dans le sein droit. Elle se plaint de douleurs très violentes dans les deux membres inférieurs. Légère paresie du membre inférieur droit. On fait passer la malade à l'isolement.

Les douleurs reparaissent, une cachexie intense s'établit progressivement et la malade meurt le 27 mars 1921 dans un profond marasme.

A l'autopsie. — On constate l'envahissement des fosses pterigo maxillaire, zygomatique et temporale par une masse d'allure fongueuse, occupant, par conséquent, la face exocranienne de la base du crâne. Pas de masse intracrânienne, donc pas d'agent visible de compression des nerfs

traversant l'étage moyen notamment pas de masse au niveau de la fente sphénoïdale, ni du trou optique.

Examen histologique (Dr Bouchut). — Sarcome de la base du crâne. Tumeur formée d'une nappe continue de petites cellules rondes qui dissocient les travées musculaires dont on retrouve çà et là quelques fragments.

C'est l'aspect de la tumeur maligne, atypique, du type sarcomateux.

OBSERVATION II (*inédite*)

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Ostéosarcome sphéno-temporal (?). Triade symptomatique. *tuméfaction de la région temporale droite*. *Exophtalmie*. *Névrite optique*. Douleurs.

M. D....., 58 ans, perceur au P. L. M., entré le 10 octobre 1921 dans le service de M. le Professeur Rollet, pour une tuméfaction de la région temporale droite.

Antécédents. — A signaler une fièvre typhoïde à l'âge de 20 ans et un chancre qui a disparu en un mois par une médication externe, sans piqûres ni ingestion de pilules. Pas de roséole, pas d'accidents secondaires. Il s'est agi probablement d'un chancre mou. Il y a douze ans le malade a eu vraisemblablement un mal de Pott sous occipital : mouvements de rotation, de flexion et d'extension du cou impossibles. À dire du malade la phase aiguë a été accompagnée de troubles paralytiques du membre supérieur gauche, troubles disparus actuellement. Le malade ne tousse pas. Pas de bronchite. Il est marié. Sa femme est en bonne santé ; elle n'a pas eu de fausses couches. Une fille bien portante. Pas d'autres enfants.

L'affection actuelle a débuté il y a environ trois à quatre ans par de violentes douleurs au niveau du maxillaire supérieur droit, à tel point que, croyant qu'il s'agissait d'une affection dentaire, le malade se fait extraire plusieurs dents. Aucune amélioration. Peu à peu apparaît une tuméfaction

uniforme de la région temporale droite, accompagnée de violentes douleurs dans toute la tête, surtout à droite, douleurs spontanées, et provoquées par la pression même légère. L'exophtalmie apparaît peu à peu. Depuis dix jours apparition d'une rougeur conjonctivale.

Examen objectif. — La région temporale droite présente une tuméfaction uniformément dure, située au dessus de la branche zygomatique et limitée en avant par une ligne, passant par l'apophyse orbitaire externe, en arrière par une ligne verticale passant en avant du tragus. La pression n'est pas douloureuse.

Pas de modification des téguments superficiels. Quelques rares veinules sous cutanées. L'œil droit est projeté en avant.

Sur la cornée on note l'existence de petits leucomes. En outre la pupille est déformée et ne réagit pas à la lumière.

Pas d'hypertension. Rien à gauche. Présence d'un cercle péricératique. Légère injection conjonctivale.

O. G. V. = 1.

O. D. V. = 1/8.

OBSERVATION III (inédite)

(Service de M. le Professeur ROLLET)

Triade symptomatique : douleur, exophtalmie, voussure temporale avec battements. Sarcome télangiectasique probable sphéno orbito temporal. (1)

M. D..., Jean-Marie, 64 ans, cultivateur, entré le 20 mai 1922 dans le service de M. le Professeur Rollet pour exophtalmie, troubles de la vision et douleurs.

Antécédents héréditaires. — Parents morts très âgés. Une seule sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Le malade a toujours exercé le métier de cultivateur. Il est célibataire, nie la spécificité, accuse un œnilisme léger..

(1) recueillie par M. Trossat, interne du service.

Interrogatoire. — Le début apparent remonte à un an environ. La douleur, bientôt permanente dans la région temporale gauche, a été le premier symptôme.

Autant que permettent de le dire les réponses imprécises du malade, le début n'a pas été brusque. Les douleurs se sont étendues en arrière vers la région pariétale, en avant dans la région sous orbitaire.

Peu de temps après l'apparition des douleurs le malade a constaté que son œil semblait devenir gros, qu'il était douloureux et que l'acuité visuelle (à gauche) baissait. De même du côté de l'oreille gauche deux sortes de symptômes ont évolué parallèlement : diminution de l'audition et existence de bruits subjectifs très pénibles que le malade déclare être des « coups » dans l'oreille et qui persistent jour et nuit, troublant le sommeil. Depuis 6 mois tous ces symptômes ont nettement augmenté et après avoir consulté à Genève, à l'hôpital Rotchild, le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

Symptômes à l'entrée, le 20 mai 1922. — Malade de petite taille, mais vigoureux. Etat général bon, intelligence moyenne. On constate tout d'abord l'existence d'un goître. L'hypertrophie porte sur le lobe droit du corps thyroïde qui est libre sous les plans superficiels, légèrement bombé, sans noyau dur dans sa portion principale. Au dire du malade ce goître dont il a toujours été porteur aurait grossi depuis quelques mois, mais depuis l'apparition des troubles oculaires. Actuellement il est assez gros pour refouler la trachée nettement à gauche. Près de la ligne médiane, au dépens du lobe droit cependant il existe un noyau très dur, crétacé, qui *lui aussi a toujours existé*.

La voix est un peu rauque mais n'a pas de caractère bitonal.

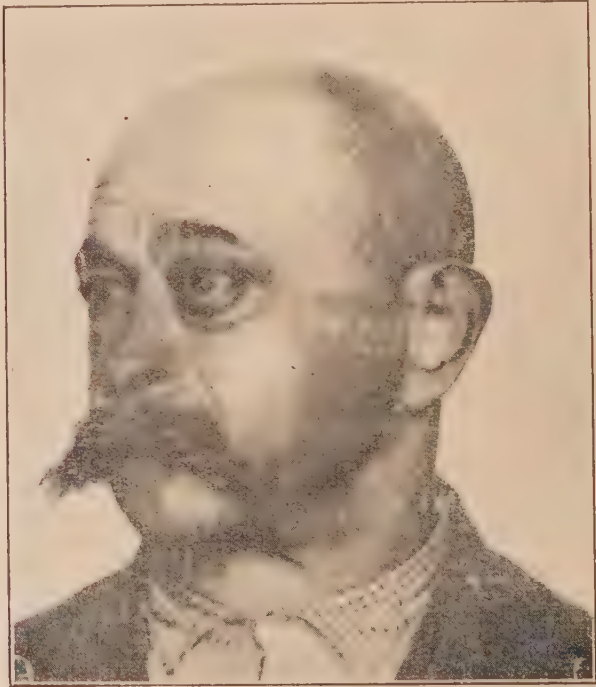
Les téguments du cou ne sont pas modifiés. Au niveau du goître la circulation veineuse superficielle est très développée. Il n'existe pas d'adénopathie.

L'examen de la face montre qu'il existe une légère asymétrie, mais pas de paralysie.

Examen de l'œil. — Il existe une exophtalmie unilatérale gauche sans déviation en dedans ou en dehors du globe oculaire.

Exophtalmométrie : O. D. = 15 ; O. G. = 27.

L'occlusion des paupières se fait normalement. Pas de chémosis.



La musculature *externe* de l'œil n'est pas touchée. Pas de strabisme, pas de diplopie.

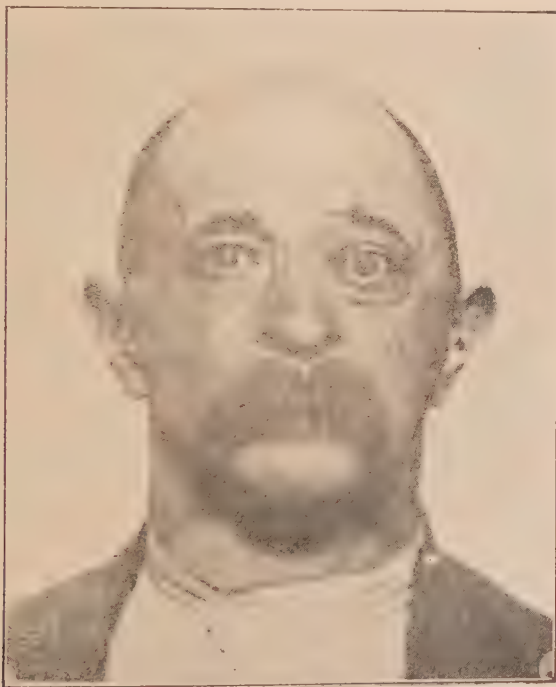
La musculature *interne* est normale à droite. A gauche la pupille réagit mal à la lumière. Conjonctives, cornée normales.

Acuité visuelle : O. G. = 9 ; O. D. = $\frac{2}{3}$ avec 5 -|- 1.

Fond de l'œil : normal à droite ; atrophie optique à gauche.

Si l'on examine l'orbite gauche on voit au niveau de la région temporale, depuis le rebord orbitaire jusqu'à la ligne pré-méatique, une voussure recouverte par des téguments normaux, barrée obliquement par l'A. temporale superficielle.

Cette tumeur qui est limitée en bas par le zygoma est, au palper, régulière, partiellement réductible et en faisant abs-



traction de l'A. temporale on s'aperçoit qu'elle est animée de battements. Ces mêmes battements se retrouvent en dedans de l'orbite entre le globe oculaire et le bord externe. Ils ne semblent pas être transmis à l'œil.

La palpation de la région carotidienne donne une sensation de frémissement léger (thrill ?). L'auscultation permet d'entendre au niveau de la tumeur un souffle à renforcement

systolique. Ce même souffle se rencontre avec une intensité plus grande au niveau du paquet vasculo-nerveux du cou. On ne l'entend pas à l'auscultation de l'œil.

De ce même côté la trachée refoulée par le goître comprime évidemment les gros vaisseaux, mais il ne semble pas que les caractères du souffle soient modifiés lorsqu'on refoule le larynx vers sa position normale.

L'examen du pharynx donne les constatations suivantes : Le voile du palais est asymétrique, et sa moitié gauche est refoulée en avant par une tuméfaction régulière, rénitente qui à la vue ne semble pas animée de battements. La palpation ne permet pas elle-même d'en sentir.

La rhinoscopie postérieure a été impossible, le voile restant plaqué contre la paroi postérieure. A la rhinoscopie antérieure on voit une déviation limitée de la cloison très accentuée à droite, qui correspond à gauche à un profond sillon horizontal. Le plancher de la fosse nasale gauche est irrégulier. Il n'existe pas de tumeur intranasale visible mais fonctionnellement la fosse nasale semble obstruée.

Diaphanoscopie. — Les sinus maxillaires s'éclairent très mal des deux côtés. Il en est de même pour les sinus frontaux.

Examen des oreilles : Tympan subnormaux.

Rinne : O. D. = — ; O. G. = -|.

Weber : O. G. = -|.

* Voix chuchotée : non perçue à gauche, perçue à 0.75 à droite.

Etat général : bon, pas de fièvre. Rien aux poumons ni au cœur.

* Urines : sucre, 0 ; albumine, 0.

Examen par M. le Professeur Collet. — Refoulement du voile du palais à gauche. Rien de net aux oreilles. Larynx. Corde gauche normale, mobile.

OBSERVATION IV

(Morax)

Sarcome de l'orbite et de la fosse cérébrale moyenne. Hémianopsie et réaction pupillaire hémioptique par compression de la bandelette optique.

S.... Georges, âgé de 40 ans, se présente le 23 août 1905 à la consultation d'ophtalmologie de Lariboisière. Douleurs violentes dans la moitié supérieure droite de la tête, au dessus de l'orbite. Exophtalmie assez marquée, non réductible de l'œil droit. Limitation partielle des mouvements de cet œil en dehors et en haut. Tuméfaction diffuse de la fosse temporale droite.

Pupilles égales, réagissant normalement aux deux modes. Vision normale. Champ visuel normal. Aucune altération des membranes profondes.

Antécédents. — Père alcoolique mort à 56 ans. Mère morte de troubles pulmonaires ; une seule grossesse. Le malade a eu la rougeole à 10 ans. Pas d'autres maladies. Marié depuis dix ans. Sa femme en bonne santé n'a pas eu de grossesse.

Le début de l'affection remonte au début de 1904 : *céphalalgies* intenses, durant de cinq à six heures et se répétant par accès pendant quelques jours de suite. La douleur siégeait au niveau de la tempe droite, mais irradiait vers l'occiput, l'oreille, le front et la racine du nez. Vers la même époque apparut la *voussure temporale*. Le malade percevait par intermittence une « odeur d'humeur » siégeant dans le nez. Il resta un an sans consulter.

En 1905 : 12 injections intramusculaires de calomel et plus tard injections de cacodylate de soude.

Depuis juin 1905 : faiblesse des jambes, fatigue rapide, mémoire un peu diminuée. Mais bon état général. Appétit conservé. Pas d'insomnie.

L'interrogatoire et les symptômes du malade font soupçonner une périostose diffuse de la tempe et de l'orbite. Nouvelles injections de calomel.

13 octobre 1905. — La saillie temporale et l'exophtalmie semblent avoir un peu diminué. Les douleurs sont moins violentes.

8 janvier 1906. — Pupilles égales réagissant normalement. Acuité visuelle et champ visuel normaux. Pour la première fois on note une *légère saillie de la papille droite*, avec veines un peu dilatées et bords flous.

20 mars 1906. — Le malade revient à la consultation et est admis dans le service. Il inquiète sa femme par ses *bizarries* qui lui ont occasionné plusieurs accidents. La mémoire diminue.

27 mars 1906. — Démarche un peu hésitante, mais force musculaire normale des deux côtés. Vertiges et sensation de chute. Réflexes rotuliens exagérés, réflexe plantaire normal. Pas de troubles de la sensibilité cutanée.

Pour la première fois on constate un rétrécissement typique *d'hémianopsie homonyme gauche*.

La recherche des réactions pupillaires montre nettement que l'éclairage de la moitié droite de la rétine entraîne une contraction pupillaire hemiopique relative.

Vision parfaite. L'aspect de la papille droite n'est pas modifié.

29 mars 1906. — Violentes douleurs céphaliques et cervicales. Incontinence des matières et de l'urine. On fait une ponction lombaire : liquide C. R. sous pression. Pas d'altération : éléments cellulaires très peu nombreux.

30 mars 1906. — Soulagement éphémère des douleurs. Les jours suivants obnubilation intellectuelle complète.

7 avril 1906. — Mort dans le coma, après une élévation thermique de 40°2.

Examen anatomique. — L'examen des viscères ne révèle rien de particulier. Les méninges présentent des adhérences étendues au niveau de l'étage antérieur et moyen du crâne. Après avoir enlevé les hémisphères on constate que le plafond de l'orbite droite, la grande aile du sphénoïde et la partie inférieure de l'écaille du temporal soit refoulés en avant ou

de côté et criblés de dépressions grisâtres et inégales. La totalité du lobe temporal droit est occupée par une tumeur gris rosé, bosselée et ramollie par places. La tumeur paraît nettement encapsulée. Elle comprime sans y adhérer le nerf optique droit et la bandelette correspondante. Celle-ci est contournée en S et subit une compression très manifeste.

L'orbite droite est le siège d'une tumeur — volume d'une petite noix — siégeant dans la partie spéro externe, en continuité avec la tumeur intracrânienne à travers la fente sphénoïdale.

Examen microscopique. — La tumeur est limitée par une membrane fibro-vasculaire sur tout son pourtour. Elle est constituée par des amas de cellules à disposition fasciculée, disposées autour de nombreuses lacunes vasculaires qui sont dépourvues de paroi propre.

OBSERVATION V

(Mackenzie)

Tumeur fibro-plastique exo et endocrânienne. Triade symptomatique.

Sir Philip Crampton fut consulté par une dame âgée d'environ 55 ans, pour un obscurcissement de la vue de l'œil droit. Œil dur au toucher, saillant hors de l'orbite. Strabisme. Pupille immobile. Vision incomplètement détruite. Vives douleurs lancinantes dans la tête et le bras droit. Etat général très touché. Mémoire affaiblie. La fosse temporale était le siège d'une tumeur indolente et incompressible.

Sir Philip revit cette dame cinq semaines après. Elle était presque dans le coma. La tumeur de la tempe et la saillie de l'œil étaient considérablement augmentées. Mort quelques jours après.

Autopsie. — En soulevant l'aponévrose du muscle crotaphyte on trouva la fosse temporale occupée par une substance grisâtre de la consistance du cerveau. Muscle complètement disparu. La tumeur était traversée par de nombreuses

aiguilles osseuses. A l'intérieur du crâne, entre la dure-mère et l'apophyse orbitaire interne, se trouvait une tumeur du même aspect garnie d'aiguilles osseuses. L'os macéré offrit l'échantillon le plus parfait d'exostose fibreuse que sir Philip eut encore vu. Sir Philip pense qu'il est impossible de décider si l'origine de la tumeur est dans l'os ou les parties molles. Il penche cependant pour le premier avis parce que les aiguilles provenaient de l'os lui-même et non de la dure-mère ou du périoste que la tumeur refoulait.

OBSERVATION VI

(Dumas)

Tumeur fibro-plastique de la région temporale droite.

S..., 59 ans. Rien à signaler dans les antécédents. En 1837 chagrins violents. Quelques années après *douleurs* pulsatives dans la fosse temporale droite. Apparition d'une *voussure* dans cette région. Un an après traitement spécifique. A la suite, pendant deux ans, la douleur diminue. Mais la tumeur est stationnaire. Puis la douleur réapparaît et la tumeur augmente. Gerdy, Cloquet et Roux consultés diagnostiquent une périostite syphilitique et conseillent un traitement énergique, qui n'est qu'incomplètement suivi. La tumeur s'accroît et forme une bosse arrondie, dure, peu douloureuse au toucher. Dix-huit mois après *la vue du côté droit s'affaiblit; l'œil paraît plus gros*. Etourdissements, vertiges et chutes. Faiblesse des membres inférieurs. Mort dans le coma, le 10 janvier 1858, après des phénomènes de contracture.

Autopsie. Tumeur de la tempe résistante, semblant formée par le tissu de l'os hypertrophié. Le m. temporal qui la recouvre est comme atrophié.

A l'intérieur du crâne, dans la fosse temporale, tumeur du volume de la moitié d'une orange couvrant presque tout le rocher, adhérente par sa base aux parois du crâne. Cette tumeur déprime le lobe temporal qui est sain.

Le nerf optique droit est aminci et aplati.

OBSERVATION VII

(Le Clère)

Sarcome fuso-cellulaire de la région temporale, étendu consécutivement à toute la partie droite de la face.

X... entre le 4 juillet 1880 dans le service de M. Périer.

Antécédents. — Père mort d'un carcinome de l'estomac. Personnellement : santé débile. En mai 1879 chute et traumatisme de la région temporale. Quinze jours après apparut une petite tumeur qui grossit rapidement ; après 4 mois volume d'une tête de fœtus. Douleurs névralgiques passagères à ce niveau. Le traitement mercuriel et ioduré est institué.

Actuellement, tumeur de la fosse temporale droite, s'étendant aux régions parotidienne, zygomatique et à la fosse nasale droite. Refoulement en avant du globe oculaire. Vision non abolie.

Névralgies du côté droit de la face.

20 septembre : Envahissement par la tumeur de la région masséterine et du sinus maxillaire. Insomnie. Inanition. Mort sans phénomène de compression cérébrale.

Autopsie. — La tumeur a détruit une partie du temporal, du frontal et du pariétal. La dure-mère est détruite et les circonvolutions frontales inférieures soulevées. La voûte et le plancher de l'orbite n'existent plus. Le maxillaire supérieur et les deux tiers du maxillaire inférieur droits sont détruits. La tumeur pèse 180 grammes. A la coupe parties dures et parties très molles.

Examen histologique : Sarcome à cellules fusiformes.

OBSERVATION VIII

(Lenoble et Aubineau)

Volumineuse tumeur retropharyngienne d'origine conjonctive (sarcome fasciculé à petites cellules) ayant envahi

l'étage sphéno-temporal du crâne et une partie du lobe temporal correspondant. Exophtalmie, paralysie de la V^e paire ophtalmoplégie complète.

Le G..., âgé de 20 ans, se présente à l'hôpital en mars 1902. Depuis deux mois diplopie et troubles de l'ouïe.

Rien à signaler dans les antécédents.

Début il y a un an par une *tuméfaction* de la région retro-maxillaire droite. Pas de douleurs. En même temps altération de l'état général : amaigrissement, anorexie.

A l'examen. — Tuméfaction volumineuse de la région rétro-maxillaire. *Paralysie de la VI^e paire* droite sans aucune lésion du fond de l'œil. *Acuité visuelle normale*. Urines : albuminurie intense.

Un an après, mars 1903. La tuméfaction très augmentée de volume, est devenue cervicale. Difficulté pour ouvrir la bouche. Depuis dix jours ptosis incomplet à droite.

Depuis vingt-quatre h. *exophtalmie* très prononcée, axiale.

Ophtalmoplégie totale : l'œil est figé et la musculature interne est paralysée. *Mydriase*. *Aucun trouble papillaire* ; paralysie du trijumeau : insensibilité de la cornée, de la conjonctive et des paupières. Les deux sinus maxillaires s'éclairent bien et les cavités orbitaires donnent le même éclairage.

Opération le 8 mars 1903. — Ablation des ganglions cervicaux et opération de Krönlein qui montre l'intégrité de l'orbite. Aucune amélioration.

Le 16 avril. — Les troubles persistent. Parésie du facial.

Le 23 février 1904. — L'état général a empiré. Mêmes troubles oculaires, avec en plus ulcération de la cornée. L'examen ophtalmoscopique est impossible. Nouvelle tuméfaction retro-maxillaire droite.

Le 25 février 1904. — Nouvelle intervention qui montre l'infiltration néoplasique de toute la région retropharyngienne. Mort le même jour.

Autopsie. — Adhérences du lobe temporal droit et des méninges aux parois craniennes. En déchirant la substance cérébrale périphérique, de ce lobe on ouvre une cavité kys-

tique d'où s'écoule 3 gr. de liquide louche. A droite : *canal optique libre, étage sphéno temporal envahi* par la tumeur, sinus caverneux libre. La tumeur est très épaisse au niveau de la grande aile du sphénoïde et *obstrue la fente sphénoïdale* sans la pénétrer. Rien d'anormal dans la cavité orbitaire. A la coupe la tumeur a un aspect lardacé et blanchâtre.

Examen histologique. — Nerf optique et papille sans altérations. La tumeur est un *sarcome fusocellulaire à petites cellules*.

OBSERVATION IX

(Cantonnet et Coutela)

Sarcome de la base du crâne.

Pr.... Th., âgée de 22 ans, entre le 30 avril 1906 dans le service du professeur De Lapersonne, pour des altérations de la vision et de la mobilité du globe et une paralysie de la langue et du voile. Début insidieux il y a six semaines.

Stigmates ophtalmoscopiques (choro-rétinite pigmentaire) d'heredo-syphilis. La malade a subi plusieurs opérations pour des lésions de tuberculose osseuse. Pas de gigantisme, ni d'acromégalie.

Troubles moteurs multiples : limitation de tous les mouvements du globe oculaire, pas de diplopie, pupilles inégales, en position moyenne, ne réagissant pas à la lumière et très peu à l'accommodation. Pas d'hémianopsie, ni de stase papillaire. Paralysie du voile du palais et de l'hypoglosse surtout à gauche.

On pense à une encéphalite chronique bulbaire ; traitement mercuriel. Aucun résultat. Céphalée violente surtout à l'occiput.

Le 9 mai. — Dysphagie douloureuse. Obstruction de la fosse nasale gauche. Un toucher montre en arrière de l'amygdale gauche une masse dure et ligneuse, occupant la paroi postero-latérale du cavum et refoulant le voile. On élimine

successivement l'hypothèse d'un abcès froid et d'un lymphadénome. On songe alors à une gomme pharyngée. Iodure de potassium. Pas d'accalmie. Augmentation des douleurs et du volume de la tumeur.

Le 16 mai. — Ulcération de la muqueuse et élimination d'une masse jaunâtre fétide, laissant vide une poche rétro-pharyngée.

Apparition le 25 mai de douleurs dans la sphère du trijumeau. Céphalée violente. Pas de vomissements, Pas de troubles mentaux.

Le 31 mai, congestion des deux bases pulmonaires avec phénomènes généraux. Mort le 9 juin.

Autopsie. — A la face *endocranienne* tumeur remplissant la gouttière basi-occipitale, respectant la partie antérieure de la selle turcique et envahissant le pourtour du trou condylien interne (XII^e paire). Tige pituitaire très augmentée de volume.

A la face *exocranienne* : grandes ailes du sphénoïde envahies. A guche apophyses pterygoïdes, pourtours des trous grand rond, ovale et petit rond, envahis. Disparition des sinus sphénoïdal et caverneux, comblés. Carotide rétrécie et nerfs oculo moteurs englobés.

Examen histologique. — Sarcome de la base du crâne et de la région hypophysaire (Cellules embryonnaires à gros noyaux, abondantes, séparées par un reticulum dense). L'hypophyse est intéressée par la tumeur.

OBSERVATION X

(Okinczyc et Küss)

Metastase intracrânienne d'un cancer gastrique et compression du nerf moteur oculaire commun.

M. C., A., âgé de 35 ans, entre le 12 août 1905 dans le service du Docteur Hartmann. On pose le diagnostic de cancer du pylore.

Quelques jours après apparition et développement très rapide d'une paralysie du n. moteur oculaire commun du côté droit, d'abord manifesté par du *ptosis*. Puis le globe oculaire ne peut plus se mouvoir, ni en haut, ni en dedans, ni en bas. Strabisme divergent. Mydriase et troubles de l'accommodation.

Examen de l'œil (Dr Terrien). — Paralysie totale de la III^e paire à droite ; fonds d'yeux normaux Vision normale.

Quelques jours après apparaît un ictère. Mort dans la cachexie avec persistance des troubles oculaires, le 12 septembre 1905.

Autopsie. — Cancer de l'antra pylorique à forme ulcéreuse. Noyaux cancéreux secondaires multiples dans le foie. Pas de métastase pulmonaire.

A l'examen du crâne : noyau cancéreux, de la dimension d'une petite cerise, occupant *la partie postero latérale droite de la selle turcique et la partie postero interne du sinus caverneux et ayant détruit l'apophyse clinôïde postérieure.* Ce noyau fait hernie dans le sinus sphénoïdal. La paroi externe du sinus caverneux n'est pas infiltrée, mais normale. Le n. moteur oculaire commun est aisément disséqué et paraît normal. Il a donc été *simplement comprimé*, comme étant le plus haut situé, par le noyau cancéreux. L'origine de ce dernier semble être la *partie postérieure du sinus caverneux*. L'hypophyse est légèrement refoulée, mais libre et sans adhérences.

Examen histologique. — 1° Epithélioma atypique du pylore ; 2° Le noyau cancéreux du sinus caverneux est formé de travées d'épithélioma cylindrique atypique. Le sinus caverneux est complètement obstrué. La carotide interne et les nerfs III, IV et VI sont refoulés en haut et en dehors.

CONCLUSIONS

I. — Il existe un cancer de la région sphéno temporale d'observation rare et non décrit dans les classiques.

II. — On peut reconnaître à ce cancer une symptomatologie parfois assez précise et croyons-nous avec M. le Professeur Rollet, une véritable triade symptomatique caractérisée par trois signes principaux :

1° Des douleurs dans la sphère du trijumeau (ophtalmique et maxillaire supérieur) ;

2° Une voussure temporale ;

3° Des troubles oculaires tels que

 a) Diplopie par ophtalmoplégie paralysie d'un ou plusieurs muscles de l'œil),

 b) Diminution ou perte de la vision d'un œil (par névrite, puis atrophie optique),

 c) Exophtalmie.

III. — Ce cancer est primitif ou secondaire. Primitif il répond au type sarcome.

Il peut être central ou myélogène. Dans d'autres cas il sera périostique ou encore parostéal, exocranien, comme dans l'observation recueillie dans les services de MM. les Professeurs Rollet et Durand.

Lorsque ce cancer a été secondaire il s'est agi d'épithélioma métastatique d'origine gastrique ou d'un sarcome par propagation de voisinage.

IV. — Le sarcome peut être télangiectasique comme nous en rapportons une observation de la clinique ophthalmologique, où la tumeur de l'orbite et de la région temporale étaient toutes deux animées de battements.

V. — Le diagnostic est à faire avec les périostites, les gemmes et les méningites syphilitiques circonscrites, les troubles oculaires du tabès, de la syphilis cérébrale, les névralgies faciales, les néoplasmes gasseriens, les polypes et fibro-sarcomes naso-pharyngiens et les exostoses de la région sphéno temporale.

VI. — L'examen histologique révèle le plus souvent des sarcomes globo ou fuso cellulaires ou des formes mixtes.

VII. — L'ablation chirurgicale semble impossible. La radiumthérapie a atténué les douleurs d'une façon très notable dans l'une de nos observations. A ce seul titre elle mérite d'être employée, bien qu'on ne puisse en espérer une modification de l'évolution qui est toujours fatale.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
E. ROLLET.

Vu :

LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 13 Juin 1922,
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AXENFELD. — Traité d'ophtalmologie, Paris 1914.
- BERTOIN. — Sarcomes du rocher. *Thèse Lyon*, 1921.
- BOTTEZ. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs de la région temporale, *Thèse Paris*, 1882.
- CANTONNET ET COUTELA. — *Bull. et Mémoires de la Soc. anatomique de Paris*, 1906, p. 505.
- DELBET ET Le DENTU. — Nouveau traité de chirurgie, Paris.
- DUMAS. — *Soc. de Chirurgie de Paris*, 1858.
- DUPLAY ET RECLUS. — Traité de chirurgie, Paris 1881.
- DUPONT. — Du myxo-sarcome des fosses nasales, *Thèse Lyon*, 1895.
- DE WECKER ET LANDOLT. — Traité d'ophtalmologie, Paris, 1886.
- HERISSON. — Contribution à l'étude des sarcomes des méninges, *Thèse Lyon*, 1906.
- LAGRANGE ET VALUDE. — Encyclopédie française d'ophtalmologie, Paris (Doin édit. 1910).
- LE CLERE. — *Progrès Médical*, 4 juin 1881.
- LENOBLE ET AUBINEAU. — *Soc. Médicale des Hôp. de Paris*, 1904, p. 641.

MACKENZIE. — Traité pratique des maladies de l'œil, 1856.

MAUCLAIRE ET MILIAN. — *Société anatomique*, Paris, 1905.

MERCIER-VALENTON. — Etude sur les tumeurs malignes des os du crâne, *Thèse de Paris*, 1881.

MORAX. — *Annales d'oculistique*, 1907, p. 264.

OKINCZYK ET KÜSS. — *Annales d'oculistique*, 1907, p. 174..

PARINABD. — *Soc. d'ophtalmologie* de Paris, 4 juin 1895.

PINATELLE ETT CAVAILLON. — *Province Médicale*, 24 avril 1906, p. 172-174.

POLOSSON ET BERARD. — Congrès de Chirurgie, Paris, 1899.

TESTUT. — Traité d'anatomie humaine 1911.

TESTUT ET JACOB. — Traité d'anatomie topographique, 1914.

TRELAT. — Clinique chirurgicale, Paris, 1891.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Chapitre premier. — Etiologie	9
Chapitre II. — Triade symptomatique	12
Chapitre III. — Anatomie pathologique	24
Chapitre IV. — Diagnostic	28
Chapitre V. — Evolution et Traitement	38
Chapitre VI. — Observations	41
— Conclusions	62
— Bibliographie	64

